

ЗАЯВА НА ДОПОМОГУ ПРОГРАМИ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ ЗА НАДЗВИЧАЙНИХ УМОВ

Строк надання пільг за надзвичайних умов: _____ до _____

COUNTY USE ONLY	
CASE NUMBER	
WORKER	
DATE RECEIVED	

ВАЖЛИВА ІНФОРМАЦІЯ – ПРОЧИТАЙТЕ УВАЖНО

ВАШІ ПРАВА ЯК ПОДАВАЧА ЗАЯВИ АБО ОТРИМУВАЧА:

- Отримувати послуги незалежно від раси, кольору шкіри, національного походження, релігійної приналежності, політичних уподобань, статі, працездатності або віку, а також подати скаргу, якщо ви вважаєте, що вас було дискриміновано.
- Отримати негайно талони на харчування за один день, якщо ви маєте на те право.
- Повідомляти про будь-яку дію стосовно вашої справи з боку департаменту соціального забезпечення та просити про надання слухання адміністрацію штату протягом 90 днів.
- Отримати негайний перегляд справи інспектором, якщо у вашій заяві відмовлено.
- Подавати скаргу або просити про надання слухання адміністрацію штату, написавши до департаменту соціального забезпечення округу або зателефонувавши за безкоштовним телефоном 1-800-952-5253. Безкоштовний номер телефону для глухих (TDD): 1-800-952-8349.
- Представляти себе на слуханні адміністрацію штату або бути представленим членом родини, другом, адвокатом або будь-якою іншою особою.

ВАШІ ОБОВ'ЯЗКИ ЯК ПОДАВАЧА ЗАЯВИ АБО ОТРИМУВАЧА:

- Давати правдиві та повні відповіді на запитання. Якщо ви відмовитесь надати необхідну інформацію, ви не отримаєте талони на харчування.
- На співбесіді ви повинні надати підтвердження особи голови родини, особи, що заповнює заяву, та, якщо можливо, підтвердження місця проживання родини на момент лиха.
- Ви повинні співпрацювати з працівниками округу, штату та федерації, якщо вашу справу обрали для перегляду після періоду надзвичайної ситуації.

- Ви можете надати іншій особі право отримувати талони на харчування для вас та використовувати їх для купівлі їжі для вас. Якщо ви хочете надати іншій особі таке право, заповніть нижче:

ІМ'Я УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
АДРЕСА	
МІСТО	

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРО ПОКАРАННЯ!!

ЯКЩО ВАША РОДИНА ОТРИМУЄ ТАЛОНИ НА ХАРЧУВАННЯ, ВОНА ПОВИННА ДОТРИМУВАТИСЬ НИЖЧЕНАВЕДЕНИХ ПРАВИЛ. НЕНАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ АБО НЕПРАВИЛЬНЕ ВИКЛАДЕННЯ ФАКТІВ МОЖЕ ПРИЗВЕСТИ ДО СУДОВОГО ПЕРЕСЛІДУВАННЯ З ПОКАРАННЯМ У ВИДІ ШТРАФУ, УВ'ЯЗНЕННЯ АБО ОБОХ. ПОКАРАННЯМ МОЖЕ БУТИ ДИСКВАЛІФАЦІЯ З ПРОГРАМИ, ШТРАФИ НА СУМУ ДО \$250000,00 АБО УВ'ЯЗНЕННЯ НА СТРОК ДО 20 РОКІВ. ДИСКВАЛІФАЦІЙНІ ПОКАРАННЯ: НА 6 МІСЯЦІВ - ЗА ПЕРШЕ ПОРУШЕННЯ, 12 МІСЯЦІВ - ЗА ДРУГЕ ПОРУШЕННЯ ТА ДИСКВАЛІФАЦІЯ НАЗАВЖДИ - ЗА ТРЕТЄ ПОРУШЕННЯ.

- Не надавайте неправдивої інформації та не замовчуйте факти для отримання талонів на харчування.
- Не обмінюйте чи продавайте талони на харчування, картки на участь у програмі АТР або будь-які інші посвідчення за програмою.
- Не змінюйте АТР або інші посвідчення для отримання талонів на харчування без належних на те підстав.
- Не використовуйте талони на харчування для купівлі неналежних товарів, таких як алкоголю або тютюнових виробів.
- Не використовуйте чужі талони на харчування, АТР або посвідчення іншої особи для вашої родини.

ІНСТРУКЦІЇ: Дайте відповіді на запитання цієї форми стосовно очікуваних обставин під час вищезазначеного періоду надання пільг за надзвичайних умов. Цю форму можете заповнити ви, інший член вашої родини або інша доросла особа, яка з вами знайома. Якщо її заповнила доросла особа, яка не є членом вашої родини, додайте письмове підтвердження, підписане головою родини або іншим дорослим членом вашої родини.

ІМ'Я (ГОЛОВИ РОДИНИ)

ПОСТІЙНА ДОМАШНЯ АДРЕСА НА МОМЕНТ ЛИХА

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

ТИМЧАСОВА АДРЕСА

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

ЧАСТИНА А – СИТУАЦІЯ В РОДИНІ. (Ви повинні відзначити "Так" або "Ні" на кожне запитання)

- Чи ви мали або плануєте мати під час періоду надання пільг за надзвичайних умов такі витрати, що стосуються надзвичайних умов: ремонт або відновлення будинку, бізнесу чи орендованої власності; тимчасове житло; переїзд з евакуйованого будинку; захист будинку, бізнесу чи орендованої власності; медичні витрати або витрати на поховання через травми, отримані за надзвичайних обставин? TAK HI
- Ви не маєте доступу до доходу або готівкових ресурсів вашої родини? TAK HI
- Ваш дохід або готівкові ресурси зменшились, були затримані чи припинені у зв'язку з нещастям? TAK HI
- Ви купуватимете продукти та готуватимете їжу під час періоду надання пільг за надзвичайних умов? TAK HI

COUNTY USE ONLY

- Disaster Application
 Disaster Recertification

Can the head of household's identity be verified?

YES NO

Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?

YES NO

Type of verification:

Can the household's residence be verified?

YES NO

Type of verification:

ЧАСТИНА В – ЧЛЕНИ РОДИНИ

5. Перелічіть імена усіх осіб, що подають заяву на отримання талонів на харчування за надзвичайних умов. Вкажіть лише осіб, які **проживали з вами на час лиха.**

ІМ'Я (ГОЛОВИ РОДИНИ)		SSN*	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
A.			
ІМ'Я	СТОСУНОК ДО ГОЛОВИ РОДИНИ	SSN*	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
B.			
ІМ'Я	СТОСУНОК ДО ГОЛОВИ РОДИНИ	SSN*	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
C.			
ІМ'Я	СТОСУНОК ДО ГОЛОВИ РОДИНИ	SSN*	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
D.			
ІМ'Я	СТОСУНОК ДО ГОЛОВИ РОДИНИ	SSN*	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
E.			
ІМ'Я	СТОСУНОК ДО ГОЛОВИ РОДИНИ	SSN*	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
F.			
ІМ'Я	СТОСУНОК ДО ГОЛОВИ РОДИНИ	SSN*	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
G.			

* Надання вашого номера соціального страхування (SSN) є добровільним. Він використовуватиметься лише з метою посвідчення особи.

6. Чи будь-яка вищезазначена особа на даний час дискваліфікована з програми талонів на харчування за порушення правил програми (шахрайство) або за неотримання вимог стосовно зайнятості? Якщо Так, назвіть її. ТАК НІ

ЧАСТИНА С – ДОХІД/РЕСУРСИ/ВИТРАТИ

7. а. Яка загальна сума чистого заробітку або іншого доходу усіх вищезазначених осіб, який вони отримали або отримують в період надання пільг за надзвичайних умов? \$ _____
 б. Зазначте усі ресурси доходу:

8. Зазначте усі готівкові ресурси, які вищевказані особи зможуть отримати в період надання талонів на харчування за надзвичайних умов. Не вказуйте кошти, перелічені в пункті 7.

Сума готівки на руках	Ощадні рахунки	Чеківі рахунки	Інше
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

9. Зазначте суму витрат, пов'язаних зі збитками та втратами, яких ви зазнали через лиха, які ви вже сплатили або плануєте сплатити під час періоду лиха. Не вказуйте суму, яка буде сплачена іншою особою, що не зазначена вище, або яка буде відшкодована під час періоду лиха.

- a. Ремонт або відновлення будинку, бізнесу або орендованої власності. \$ _____
- b. Витрати на тимчасове житло. \$ _____
- c. Витрати на переїзд з евакуйованого будинку. \$ _____
- d. Витрати на захист будинку, бізнесу або орендованої власності. \$ _____
- e. Медичні витрати або витрати на поховання у зв'язку травмами, зазнаними під час лиха. \$ _____

10. а. Чи будь-яка з вищевказаних осіб на даний час отримує талони на харчування? ТАК НІ
 Якщо ТАК, назвіть її? _____ Сума місячної допомоги, \$ _____
 б. Чи вони просили або отримали заміну талонів на цей місяць? ТАК НІ

ВАШЕ ПОСВІДЧЕННЯ

Я посвідчую, що я розумію запитання даної форми, і що моя родина потребує допомоги програми талонів на харчування за надзвичайних умов. Я прочитав(ла) вищенаведене попередження про покарання (або мені його прочитали). Я дозволяю оголошувати будь-яку інформацію, необхідну для визначення мого права на отримання даної допомоги. Якщо мене оберуть, я буду співпрацювати з працівниками округу, штату та федерації під час перегляду справи після періоду надання пільг під час лиха. Я також розумію, що від мене можуть вимагати відшкодувати будь-які переплачені пільги через подання мною, іншим дорослим членом родини або уповноваженим представником неправдивої або неповної інформації.

Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих свідчень за законами Сполучених Штатів Америки та штату Каліфорнія, я стверджую, що інформація, що міститься у даній формі, є правдивою, правильною та повною.

ПІДПИС (ДОРОСЛОГО ЧЛЕНА РОДИНИ АБО УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА)

ДАТА

СВІДКА, ЯКЩО "X" ЗАМІСТЬ ПІДПISУ

ДАТА

COUNTY USE ONLY

Number of Persons in household from (5) _____

Number of IPV/ET disqualified from (6) _____

Household size = _____

Computation

A. Anticipated Income (from (7)) \$ _____

B. Accessible Cash Resources (from (8)) + \$ _____

C. Total disaster period income = (A+B) \$ _____

D. Total allowable disaster-related expenses (from (9)) - \$ _____

E. Accessible disaster period income = (C-D) \$ _____

F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$ _____

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: YES NO

Allotment

1. Disaster Allotment (from Table) \$ _____

2. Regular Allotment Already Received \$ _____

3. Net Disaster Allotment (1-2) = \$ _____

Issuance document ID Number # _____

Client ID issued YES NO

WORKER'S SIGNATURE DATE

SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE